1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COLPOHYSTÉRECTOMIE TOTALE

DANS LES

AFFECTIONS CANCÉREUSES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Novembre 1885

Par L. MOLINES

Né à Nérac (Lot-et-Garonne).

Lauréat de la Faculté de Montpellier (2e année, Concours 1880),
Aide d'Anatomie (Concours 1881),
Interne des Hôpitaux et de la Maternité du Gard (Concours 1883).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

1885.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... } Assesseurs
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	DUPRÉ (✻ C ✠).
Anatomie.....	BENOIT (O. ✻ ✠).
Clinique médicale.....	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER (✻).
Physique médicale.....	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Opérations et Appareils.....	GRYNFELTT.
Pathologie externe (Chargé de Cours).....	CHALOT.

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✻ ✠)
MARTINS (O ✻), COURTY (✻), DUMAS (✻), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN. (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GARIMOND.	MM. CARRIEU.	MM. REGIMBEAU ✻.
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ. (✻).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CASTAN, *président* ;
TÉDENAT, professeur ;
GARIMOND, agrégé.
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. CASTAN

Doyen de la Faculté de Médecine.

L. MOLINES.

A Monsieur le Professeur-Agrégé CHALOT

L. MOLINES

L'Hystérectomie n'est pas une opération de date récente. Elle jouit simplement, à notre époque, d'un regain d'actualité. Nous ne devons pas en être surpris.

Les moyens antiseptiques si divers et si puissants qui sont à notre disposition, les nouveaux procédés d'hémostase dont nous nous servons, le pouvoir que nous avons de supprimer la souffrance, et enfin le développement si rapide et si remarquable de nos connaissances dans l'Anatomie et l'Histologie pathologiques, ont fai naître bien des opérations nouvelles ou en ont fait reparaître d'autres qui étaient, sinon oubliées, du moins laissées dans l'abandon le plus complet. Or, au nombre de ces dernières, on peut bien placer l'Hystérectomie.

L'Allemagne, la première, la remit en honneur, et l'Italie, l'Amérique, l'Angleterre, ne tardèrent pas à la suivre dans cette voie. La Chirurgie française semblait hésiter à marcher sur leurs traces, et, plus prudente, attendait de savoir si elle avait affaire à un de ces procédés réellement dignes d'entrer dans le cadre des opérations courantes, ou bien si l'on ne devait pas plutôt y voir un de ces tours de force bien faits pour satisfaire une vaine gloriole. Mais l'élan donné était trop fort pour qu'il ne fût pas suivi chez nous et pour qu'on n'y pratiquât pas cette opération.

Le mouvement est donc général, et le nombre des extirpations de l'utérus est considérable ; mais l'Hystérectomie, disons-le, n'a pas encore conquis chez nous droit de cité. Si les uns l'acceptent, bien plus grand est le nombre de ceux qui, sinon la rejettent, du moins la discutent vivement, et il semble que, si dans les pays voisins elle a conquis les suffrages de nombreux chirurgiens, en France elle ne soit encore que l'apanage de quelques-uns.

Il nous a semblé qu'il était intéressant de connaître l'état actuel de la question ; aussi en avons-nous fait le sujet de ce travail.

Nous avons choisi le plan suivant. Le Chapitre premier est consacré à l'Historique de l'Hystérectomie en général. Dans les trois autres chapitres, nous avons spécialement en vue la Colpohystérectomie. Le deuxième Chapitre contient les procédés opératoires les plus employés aujourd'hui. Dans le troisième, nous rapportons les statistiques les plus récentes ; et enfin, dans le quatrième, nous discutons la valeur de l'opération. Nous donnons ensuite les Conclusions.

Nous ne voulons pas terminer cette Introduction sans adresser à M. le professeur-agrégé Chalot nos sincères remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner lorsque nous avons entrepris ce travail, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COLPOHYSTÉRECTOMIE TOTALE

DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

On peut diviser l'histoire de l'Hystérectomie en trois périodes. La première, la période ancienne, s'étend de 1783 à 1830. Nous y assistons à la création de l'opération, et nous verrons que le nombre des chirurgiens qui s'occupent de la question est déjà considérable. Dans la deuxième période, qui va de 1830 à 1875 environ, l'Hystérectomie semble être presque totalement abandonnée, et nous ne rencontrons plus que de loin en loin quelques auteurs qui se déclarent ses partisans ou qui la combattent dans leurs écrits. La troisième période est la période moderne. Elle s'étend de 1875 jusqu'à nos jours. C'est l'époque la plus brillante, celle où de nombreux chirurgiens, sans manifester pour elle un enthousiasme exagéré, estiment cependant que cette opération est digne d'occuper leur attention.

Première période. — Carpus, Zacutus Lusitanus et Andreas à Crucé ont-ils réellement extirpé l'utérus, et les 20 opérations

qu'ils auraient pratiquées, rapportées en 1600 par Schenk de Grafenberg, doivent-elles être considérées comme véridiques ? Il est permis d'en douter quand on lit que les femmes ainsi privées de leur utérus pouvaient être menstruées plus tard, concevoir et enfanter. (Seviranus, *De efficaci medicina*, lib. III, 1646, pag. 122.)

Il faut arriver à la fin du siècle dernier pour trouver les chirurgiens qui proposèrent d'extirper tout l'utérus dans les cas de cancer, et nous pouvons relever à cette époque les noms d'Osiander, de Paletta, de Wrisberg et de Montiggia ; mais c'est en 1783 seulement que Marshall pratique pour la première fois cette opération. Il semble que, pendant les années qui suivirent, l'Hystérectomie n'ait pas joui d'une grande valeur aux yeux des chirurgiens du temps, car il faut arriver à l'année 1813 pour la voir de nouveau remise en honneur.

Langenbeck la pratiqua plusieurs fois, et voici comment il décrit la méthode qu'il employait. Nous empruntons le passage suivant à la traduction française de Hégar et Kaltenbach, par le Dr P. Bar. « J'arrivai ainsi à la partie de l'utérus qui se trouvait recouverte par le péritoine comme par un véritable linge. Je disséquai très attentivement le péritoine du tissu musculaire de l'utérus, en ayant soin de ne pas léser la séreuse, et je tirai graduellement l'utérus au dehors. En opérant ainsi, j'arrivai jusqu'au fond de l'utérus et je pus séparer cet organe de la séreuse, si bien qu'il ne restait plus adhérent à cette dernière qu'un fragment de muscle qui me parut complètement sain, et la dissection fut si parfaite que le péritoine ressemblait à une poche s'ouvrant dans le vagin et complètement vide. » Langenbeck, *De tot. uteri extirp.* Diss. Goett., 1842.)

En 1814, Gutberlet proposa une nouvelle méthode pour l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale.

En 1822, Sauter (de Constance) pratiquait l'extirpation par la voie vaginale et faisait paraître un Mémoire sur l'extirpation

des utérus carcinomateux, qui fut reproduit à Genève, en 1824, dans les *Mélanges de Chirurgie étrangère* et traduit en français par Peschier.

A peu près à la même époque, les chirurgiens Holscher, Roux, Wofff et Blundell rapportaient des cas d'Hystérectomie. Dans celui qui est cité par Blundell, la malade mourait un an après l'opération, avec un rétrécissemeut cancéreux du rectum.

Ce fut en 1829 que pour la première fois en France la Colpo-hystérectomie totale fut pratiquée par Récamier. La même année, paraissaient ses *Recherches sur le traitement du cancer*. La méthode pour la section des ligaments larges consistait à couper avec le bistouri boutonné les deux tiers supérieurs seuls de ces ligaments après avoir ouvert le repli antérieur du péritoine et sans faire basculer l'utérus ; le tiers inférieur comprenant l'artère utérine était saisi entre l'index et le pouce et lié sans la protection des doigts.

Delpech, 1830, faisait paraître (*Mémorial des Hôpitaux du Midi* de 1830) un Mémoire où il recommandait une combinaison des méthodes hypogastrique et vaginale. Mais la même année, Larrey, dans son rapport sur le Mémoire de Delpech (*Acad. de Méd.*, 8 novembre 1830), s'élevait vivement contre l'Hystérectomie ; Velpeau, dans son Rapport à l'Académie de Médecine, citait 24 cas suivis de mort et portait ainsi le dernier coup à cette opération, qui semblait devoir disparaître à jamais.

Deuxième période. — Cette période est, nous l'avons dit, une époque de déclin, et bien rares sont les chirurgiens qui s'occupent de la question. Nous trouvons cependant cette opération pratiquée par Kieter (de Kasan) en 1848 et Hennig, qui rapporta un cas suivi de guérison ; puis, en 1850, Alquié, dans sa *Chirurgie conservatrice*, traite de l'Hystérectomie et la combat.

Dans les années 1870-1871, nous relevons aussi les noms de Lési, Hégar et Winckel.

Troisième période. — La troisième période s'ouvre avec un Mémoire de Coudereau sur l'*Ablation totale de l'utérus par la vulve*, comprenant la description d'un procédé opératoire approprié (*Trib. Méd.*, nos 364 et 365). Après avoir sectionné le vagin et ouvert l'excavation vésico-utérine, on saisissait l'utérus avec une pince à crochets et on le plaçait en antéversion. On passait ensuite au-dessus de l'organe une anse métallique et on le renversait en avant.

Le procédé de Coudereau fut mis en pratique par Pichot et par Nœgerath.

Freund, 1878, qui était partisan de l'extirpation par la voie abdominale, proposait une nouvelle méthode, qui plaçait sur une base réellement scientifique, comme l'écrivent Hégar et Kaltenbach, cette opération, qui jusqu'ici n'avait guère été employée que d'une manière brutale et empirique.

Les résultats ne furent cependant pas des plus brillants, et les chirurgiens en vinrent bientôt à donner la préférence à l'extirpation par la voie vaginale, qui n'entraînait pas une mortalité aussi considérable que la première.

En 1880, paraissaient les travaux de Mikulicz (*Ueber die Totalexstirpation d. Uterus.*—*Wien. med. Woch.*, 1880, no 47 et ss.), et de Picqué (*De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'Utérus*. — Thèse d'agrégation, 1880).

Billroth, Czerny et Martin prônaient la Colpohystérectomie et publiaient à peu près à la même époque des procédés opératoires nouveaux ou des modifications apportées aux procédés anciens.

L'impulsion donnée se communiqua à la plupart des pays voisins pendant les années 1881-1882: en Allemagne, Olshausen, Haidlen ; en Italie, Bompiani, Bottini, Guarneri (*Gazz. med. di Roma*) ; en Amérique, Fenger, Cushing (*American Journal of medical Science*); en Suisse, Kocher (*Revue médicale de la Suisse romande*), firent paraître de nombreux écrits sur la question. La

Revue de Chirurgie rapportait aussi le travail de Schwartz sur l'Hystérectomie.

En 1883, Sänger publiait la statistique la plus complète qui eût paru jusqu'à cette époque (*Archiv. für Gynäk.*, 1883), et Demons donnait un long Mémoire sur l'*Extirpation totale de l'Utérus par le vagin* (*Acad. Méd.*, 12 juin 1883, et *Archiv. gén. de Méd.*, septembre 1883).

L'année suivante, dans la *Revue de Chirurgie*, paraissait un nouveau travail de Demons, et, dans la séance de la Société de Chirurgie du 4 juin 1884, il donnait le résultat de sept opérations qu'il avait pratiquées. Deux malades, disait-il, étaient bien portantes, sans trace de récidive, l'une depuis dix-huit mois, l'autre depuis six mois ; deux avaient récidivé au bout de quelques mois ; l'une, opérée depuis quinze mois, survivait encore ; l'autre était morte au bout d'un an. Les trois autres avaient succombé aux suites d'une péritonite dans les premiers jours qui avaient suivi l'opération.

Les travaux de cette année, 1884, sont des plus nombreux. Nous signalerons la Thèse de Doche (*De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer*. Bordeaux, 1884) et la communication de J. Bœckel à la Société de Chirurgie (4 juin 1884), communication des plus intéressantes par l'observation que rapporte ce chirurgien et les conclusions qu'il en tire, dont nous donnerons ici un rapide résumé. « D'après cette observation, la malade, qui était guérie de l'opération pratiquée pour extirper l'utérus, fut obligée, quelques semaines après, de subir une néphrectomie, une portion d'un des uretères ayant été gangrenée par une pince à forcipressure. La Colpohystérectomie avait eu lieu en octobre ; déjà, au mois de mars de l'année suivante, la malade était reprise de douleurs ; à la fin d'avril, l'écoulement sanieux reparaissait, et la patiente mourait, sept mois après l'opération, de récidive locale et ganglionnaire après des souffrances considérables. A l'autopsie, on constatait la dégénérescence ca-

séeuse des ganglions lombaires, iliaques et mésentériques et de la paroi postérieure du vagin. Bœckel conclut que le résultat thérapeutique n'est pas encourageant et que l'opération radicale du cancer utérin ne présente pas des avantages qui compensent ses dangers : une mort sur trois, en opérant par le vagin; bien plus encore par l'abdomen. Il ajoute que le nombre des récidives est considérable, et aussi, dit-il, ne doit-on pratiquer cette opération que très exceptionnellement au début de l'affection, quand le col seul est pris et à la condition expresse que les paramètres soient sains et que l'abaissement de l'utérus soit facile; encore dans ces cas peut-il, comme dans le cas actuel, exister des ganglions non soupçonnés, qui amènent une récidive rapide. »

Kufferath publiait dans le *Journal de Médecine de Bruxelles*, en mai 1884, une observation d'extirpation suivie de guérison, et, dans une communication à la Société gynécologique de Dresde, du 7 février 1884, le professeur Léopold émettait les réflexions suivantes : « Au point de vue histologique, il se déclarait toujours plutôt contre que pour l'opération, car, même dans le cas où l'utérus est tout à fait mobile, on peut constater déjà une infiltration du tissu para-utérin ; mais, en faisant l'opération, on obtient une cessation de l'hémorrhagie et de l'écoulement ichoreux. Il est nécessaire, ajoutait-il, de perfectionner la technique, afin qu'on puisse soumettre à une opération radicale les premiers débuts du carcinome utérin. »

Nous signalerons enfin, toujours pour cette même année 1884, les travaux de Müller (*Zur originalen Totalexstirpation des Uterus. Wien. med. Woch.*, n° 8, 1884), où il décrit son procédé ; de Caponotes (*Annali di ostetricia*, octobre 1884), qui rapporte vingt cas de Novaro ; les Thèses de Faber Carl et de Jonas, parues à Munich, et les *Mémoires* de Reverdin (*Revue médicale de la Suisse romande*, tom. IV, pag. 31, 8 juin 1884), et de Solowyew (*Extirpation totale de l'Utérus cancéreux — Petersb. med., Woch.*, n° 26, pag. 281, 1884).

En 1885, Heilbrun (*Beitrage zur Totalexstirpation des Carcinom. Uterus. Centralbl. f. Gynäk.*, n° 5, 30 janvier 1885), après avoir rappelé qu'aux dix-neuf cas d'extirpation totale publiés par Bokelman il peut en ajouter cinq qui ont été suivis de guérison et que la mortalité est de 2 sur 24, 8 1/2 °/₀, conclut que ce n'est pas le volume de l'utérus qui contre-indique l'extirpation vaginale, mais avant tout ses adhérences avec les organes du voisinage et surtout avec l'intestin. Or, ces adhérences ne peuvent presque jamais être diagnostiquées avant que l'on fasse des efforts pour abaisser l'utérus.

Nous relèverons aussi les noms de Bottini, Denucé, Purcell, Wallace et de W. Duncan. Ce dernier (*Obstetr. Soc. of. London, Brit. med. Journ.*, pag. 283, février 1885), après avoir insisté sur la nécessité absolue d'opérer de bonne heure, avant que les ganglions péri-utérins et lombaires soient envahis, pose en principe que jamais il ne faut pratiquer l'extirpation pour des tumeurs bénignes. Seuls, le carcinome et le sarcome justifient l'intervention chirurgicale, surtout quand le néoplasme est localisé au corps de l'utérus et à la muqueuse du canal cervical ; mais, quand l'épithéliome atteint la muqueuse vaginale, l'opération est excessivement grave, le mal récidive presque toujours, et il vaut mieux ne pas opérer.

Düvelius rapporte dans son travail (*Beiträge zur Lehre von der vaginalen Exstirpation des Uterus. Deutsche med. Woch.*, n° 9, 1885) un cas dans lequel il y eut de si grandes difficultés pour l'opération, qu'il se résolut à couper une partie du corps de l'utérus en forme de coin dont la pointe était dirigée vers le rectum, et l'extirpation eut lieu par fragments. Il conclut en disant que l'extirpation totale par le vagin n'est guère inférieure, comme résultats, à l'ovariotomie; que l'ovariotomie est beaucoup plus dangereuse, et que les récidives après l'extirpation totale ne sont pas plus fréquentes qu'après l'amputation supra-vaginale.

Nous terminerons en rappelant les travaux de Schramm (*Com-*

ptes rendus de la Société gynécologique de Dresde, 16 avril 1885), de Linkenheld (*Beiträge zur vaginal. Exstirp. des Uterus.* Elberfeld, 12 octobre 1885), en Allemagne; d'Emmet, de Mundé, en Amérique, et la communication de Trélat à la Société de Médecine (séance du 21 juillet 1885), où il produit l'historique de la question, passe en revue les diverses communications faites à la Société de Chirurgie par Bœckel, les cas de Tillaux et de Terrier, et conclut en disant que l'opération a cessé d'être redoutable par elle-même et que la question d'efficacité thérapeutique, autrefois voilée, reste seule sur le tapis et appelle un jugement définitif. Nous citerons aussi les noms de Dudon, Mandillon, Lannelongue, Péan, et nous dirons enfin que, dans la séance du 28 juillet 1885 de la Société de Chirurgie, Trélat et Terrier rapportaient deux observations de Colpohystérectomie.

CHAPITRE II.

Des différents procédés opératoires applicables à la Colpohystérectomie.

Si le nombre des chirurgiens qui se sont occupés de l'Hystérectomie en général est grand, comme nous l'avons montré dans notre Historique, le nombre de ceux qui ont préconisé des procédés opératoires applicables à la Colpohystérectomie seule l'est aussi. Notre intention n'est pas de passer une revue détaillée de toutes ces méthodes, nous ne voulons étudier ici que celles qui ont été le plus fréquemment employées dans ces dernières années et qui ont fait de l'extirpation de l'utérus par le vagin une opération connue, à temps bien limité et dont l'exécution est relativement facile.

Sauter (de Constance) détachait les insertions du vagin au col; puis, mettant la main dans le péritoine, après avoir séparé l'utérus de la vessie, attirait cet organe en bas.

Langenbeck, Banner, Lizars, se préoccupaient surtout du mouvement de bascule de l'utérus et, à cet effet, divisaient toute la hauteur du périnée, de la fourchette vulvaire à l'anus.

Nous avons dit dans notre précédent Chapitre, en citant le nom de Récamier, que ce chirurgien ne faisait pas basculer l'utérus. Il se préoccupait surtout de la ligature des vaisseaux utérins, car il avait toujours présent à la mémoire le cas rapporté par Langenbeck, et dans lequel la malade avait failli être enlevée par une hémorrhagie foudroyante que l'opérateur n'avait pu arrêter que difficilement. Aussi, après avoir sectionné avec un bistouri droit mousse les deux tiers supérieurs des ligaments larges, liait-il avec grand soin le tiers inférieur, qui comprend l'artère utérine.

Les procédés de Coudereau et de Nœgerath ont été aussi employés. Nous trouvons dans la traduction française d'Hégar et Kaltenbach, par le Dr P. Bar, que dans un cas rapporté par Nœgerath, où il y avait un cancer du fond de l'utérus, ce chirurgien ouvrit les culs-de-sac antérieur et postérieur à l'aide du couteau galvano-caustique et sectionna les ligaments larges à l'aide d'un écraseur métallique. L'hémorrhagie fut très légère. La mort eut lieu le quatrième jour, par septicémie.

Nous arrivons aux procédés que nous voulons donner en détail et auxquels ont maintenant le plus souvent recours ceux qui veulent pratiquer l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. On peut établir parmi ces procédés trois grandes divisions. Il est permis en effet de distinguer ceux dans lesquels la ligature des vaisseaux utérins est primitive, ceux où au contraire elle ne se pratique qu'en dernier lieu, et enfin ceux dans lesquels on sectionne presque dès le début, de haut en bas, l'utérus, de manière à avoir deux portions de l'organe soutenues de chaque côté par les ligaments larges.

Tous ces procédés, comme nous allons le voir, comprennent le même nombre de temps.

Procédé de Billroth-Czerny. — Nous empruntons à un article de Bompiani (*La estirpazione dell Utero per la via vaginale. Gazz. med. di Roma*, 1880, n° 22) la relation du procédé de Billroth, que nous rapportons tout entier.

« La malade est purgée la veille ou reçoit un clystère avant l'opération.

» Portée ensuite dans la salle d'opération, elle est mise à dos sur la table, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, soutenues par deux aides qui se tiennent à droite et à gauche de la malade,

» On pratique la chloroformisation jusqu'à complète anesthésie.

» On évacue la vessie.

»Le périnée étant un peu avancé sur le bord de la table, l'opérateur s'assied devant, applique la grande valve du spéculum de Sims sur la paroi postérieure du vagin, de façon que le bord libre antérieur de la valve soit au-dessous du corps cancéreux et que sa courbure en S déprime la fourchette ; ainsi s'élargit l'orifice vaginal. Sur les parois latérales du vagin, il applique deux spatules de buis qu'il confie aux deux aides qui soutiennent les jambes ; la paroi antérieure du vagin est protégée par une troisième spatule. Cette dernière et la spatule latérale gauche sont maintenues par l'aide qui est à droite de l'opérateur, la spatule latérale droite et le manche de la valve de Sims par l'aide qui est à gauche. Le canal vaginal ainsi dilaté, il porte avec un pinceau une forte solution de permanganate de potasse sur le col et sur la face vaginale. Enfin, un jet continu et filiforme d'une solution phéniquée au 2 °/₀ irrigue le canal vaginal avant et pendant toute l'opération.

»Opération. — 1^er^ *Temps*. — Se guidant sur l'index droit, l'opérateur saisit avec une forte pince de Museux ou les crochets de Sims le col utérin, autant qu'il peut, au-dessus de la tumeur, et, serrant les pinces ou liant en faisceau les crochets, il fait de fortes tractions, portant l'utérus en bas et en avant, ce qui réussit plus ou moins bien suivant les cas.

»Une fois le col attiré au dehors de l'orifice vaginal, il confie les pinces ou les crochets à un aide qui se tient à gauche. Puis l'opérateur, avec une aiguille de matelassier, traverse d'un ou deux gros liens le col utérin de haut en bas et d'avant en arrière, et, s'il est possible, au delà du tissu morbide. Il enlève les pinces ou les crochets et confie ces liens, nouveau et meilleur moyen de traction, à l'aide.

»Par un autre aide qui se tient aux flancs de la femme, il fait pratiquer la compression de l'aorte abdominale pour prévenir et éviter une perte superflue de sang.

»2e *Temps.* — La main droite armée d'un bistouri droit, la main gauche armée des pinces anatomiques, il commence une lente et soigneuse dissection du cul-de-sac antérieur du vagin, jusqu'à ce qu'il arrive à moitié de la hauteur du corps de l'utérus. Arrivé à ce niveau, il décolle la vessie du corps de l'utérus avec le manche du scalpel et avec l'index ; disséquant de nouveau, il fait une fente au péritoine, qui adhère à la face antérieure de l'utérus.

»3e *Temps.* — En ce moment, la traction en bas est plus facile. Il entre dans l'ouverture faite avec l'index droit, et avec lui il accroche le fond de l'utérus, le saisit avec les pinces ou avec les crochets, et le renverse en avant de manière à le porter en antéversion très exagérée. Il le tire en bas, passe à travers le fond un gros lien, tire encore sur lui et lâche l'autre lien qui avait été placé sur le col.

» 4e *Temps.* — Avec le fond de l'utérus descendent de chaque côté les ligaments et les ovaires ; il les divise en faisceaux et applique les ligatures de la façon suivante : Avec un clamp pouvu de longues branches dentées à engrenage, il sépare : 1° un faisceau qui contient la trompe, à un doigt environ en dedans de l'ovaire ; il applique le clamp, place la ligature en dehors de celui-ci et coupe à son côté interne en rasant la face latérale de l'utérus ; 2° un second faisceau comprend la portion moyenne du ligament large et le ligament rond ; 3° un troisième faisceau est formé par la partie inférieure du ligament large, où, avec les vaisseaux veineux développés, chemine l'artère utérine. Dans la séparation de ce dernier faisceau, il procède lentement et prudemment, disséquant avec le doigt tout autour et derrière pour éviter de lier avec lui l'uretère. Pour chaque faisceau, il pratique la constriction avec un fort cordonnet de soie.

» Les ligatures faites, ainsi que les incisions bilatérales, il ne reste qu'à affranchir l'utérus de ses adhérences postérieures, du

reste très lâches. L'opérateur sectionne de haut en bas et de dedans en dehors, c'est-à-dire de la face péritonéale vers la face vaginale, le cul-de-sac postérieur. L'incision faite, l'utérus est complètement extirpé. Pour prévenir la chute des anses intestinales et favoriser une guérison plus rapide, l'opérateur applique une ligne transversale de quatre ou cinq points de suture qui réunissent d'avant en arrière les lèvres de la plaie de la face vaginale antérieure et de la face postérieure.

» *Pansement.* — 1° Il rassemble en bas tous les fils et les lie en un seul faisceau qu'il fixe avec une bandelette de sparadrap à la paroi antérieure du ventre ;

» 2° Irrigation phéniquée avec une solution au 3 ou 5 °/₀.

» 3° Application d'un drain en U avec la convexité fenêtrée et retournée au fond du vagin pour favoriser la canalisation à l'écoulement des sérosités ;

» 4° Il garnit d'ouate phéniquée les parois vaginales autour des tubes et fait au-devant de la vulve un pansement par occlusion avec de la ouate semblable soutenue par un bandage en T ;

» 5° L'opérée est mise au lit en position dorsale, le bassin un peu relevé ;

» 6° Renouvellement de l'air de la pièce ; peu de lumière, grand calme et tranquillité. Les irrigations tièdes sont renouvelées fréquemment ;

» Le troisième jour de l'opération, quand commence l'écoulement des sérosités, on enlève le coussin qui soulevait le bassin, de façon que l'opérée soit dans un plan incliné de haut en bas. L'écoulement des sérosités se fait ainsi librement, et, s'il le faut, on le favorise par une irrigation continuelle. »

Tel est, longuement exposé, le procédé de Billroth, auquel nous avons associé le nom de Czerny, car les procédés de ces deux chirurgiens sont assez semblables pour qu'on puisse les consi-

dérer comme ne constituant qu'un seul et même procédé opératoire.

En résumé, nous voyons qu'il comprend quatre temps : un premier temps qui consiste dans l'abaissement de l'utérus ; un deuxième, dans l'incision du vagin et le décollement du col ; un troisième, dans l'ouverture du péritoine et la bascule de l'utérus ; et enfin un quatrième, dans la ligature et la section des ligaments larges.

Les deux procédés qui vont suivre, ceux de Demons et de Schrœder, se rapprochent sensiblement de celui de Billroth-Czerny ; ils n'en diffèrent que par quelques points de détail que nous ferons ressortir après les avoir exposés.

Procédé de Demons.— 1^er^ *Temps.*— Après avoir préalablement dilaté avec un spéculum de Sims et des spatules le vagin, on attire en bas le col de l'utérus avec les pinces de Museux, que l'on confie à un aide. Si le ramollissement du tissu du col est trop considérable, on le fixe par quelques crochets qu'on essaye de placer dans des portions de tissu sain ou avec des fils résistants qui traversent de part en part le col lui-même.

2^e^ *Temps.*— Avec un bistouri droit, on incise d'un seul coup la paroi du vagin à un centimètre environ du col, en prenant soin d'agir sur les portion saines, et l'on pratique une incision circulaire. Abandonnant le bistouri, on introduit l'extrémité de l'index de la main droite entre les lèvres de la plaie. Sur les côtés et en arrière, on se contente d'un décollement rapide et incomplet, tandis qu'en avant on enfonce le doigt plus profondément. On sépare, en se servant le plus possible du doigt, l'utérus de la vessie, et on arrive ainsi au repli vésico-utérin du péritoine.

3^e^ *Temps.*— On sectionne ce repli, on place les doigts sur le fond de l'utérus ; on le fait basculer en avant et on le fixe avec un crochet.

4e *Temps.*— Ce quatrième temps, qui est le plus délicat et le plus important de l'opération, se pratique de la façon suivante. On porte un fil à l'aide d'une aiguille de Cooper autour du tiers supérieur du ligament large, sans traverser la trompe, et on serre fortement cette ligature ; on lie de la même manière le tiers moyen, et enfin, avec un troisième fil, le tiers inférieur qui comprend l'artère utérine.

On sectionne ensuite les ligaments larges et on coupe avec le bistouri le péritoine, qui recouvre la face postérieure.

Le procédé de Demons est, on le voit, pour ainsi dire calqué sur celui de Billroth. Il présente cependant quelques différences de détails.

Le premier temps est semblable dans les deux.

Dans le deuxième, Billroth, pour l'incision du vagin, ne sectionne que le cul-de-sac antérieur, laissant intacts les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur, et il n'affranchit l'utérus de ses adhérences latérales et postérieure qu'après avoir lié les ligaments larges et les avoir sectionnés, c'est-à-dire après le quatrième temps. Demons, au contraire, fait une incision circulaire ; d'un même coup de bistouri, il détache entièrement les insertions du vagin sur le col, ce qui fait que dès le deuxième temps de l'opération l'utérus est absolument libre de ses attaches vaginales, et qu'en dernier lieu, pour l'extirper complètement, il ne reste plus qu'à sectionner avec le bistouri le péritoine, qui recouvre la face postérieure de l'utérus et la partie supérieure de celle du vagin.

Le troisième temps est identique dans les deux procédés. Les deux chirurgiens renversent l'utérus en avant.

Le quatrième temps comprend aussi trois ligatures séparées pour les ligaments larges. Il n'y a pas de ligature en masse, comme l'ont mise en pratique quelques chirurgiens ; seulement

Billroth, avant de poser ses ligatures, a soin de placer un clamp sur chaque faisceau.

Procédé de Schroeder. — Pas de différence dans le premier temps et dans le deuxième, qui se pratiquent comme dans e procédé de Demons.

Dans le troisième, Schrœder élargit à l'aide de ciseaux l'ouverture faite dans l'espace de Douglas, va ainsi jusqu'aux ligaments recto-utérins ; puis, introduisant deux doigts de la main gauche dans le repli vésico-utérin jusqu'au-dessus du fond de l'utérus, il divise sur eux le péritoine. Il renverse ensuite la matrice en arrière en saisissant le plus haut possible cet organe avec une pince à crochets.

Dans le quatrième temps, Schrœder place d'abord de chaque côté une ligature totale en avant de laquelle il pose encore deux ligatures partielles pour les moitiés supérieure et inférieure des ligaments.

Le troisième et le quatrième temps diffèrent donc seuls de ceux des autres procédés. Au lieu de porter l'utérus en antéversion forcée, ce chirurgien trouve plus facile de le faire basculer en arrière. De ce côté, en effet, l'utérus n'est pas gêné dans son mouvement par la vessie, comme il peut l'être lorsqu'il est porté en avant, et il semble que le renversement doive s'exécuter plus facilement.

Pour la ligature des ligaments larges, il ne forme pas trois faisceaux mais deux seulement, le ligament tout entier ayant été compris dans une première ligature générale.

Procédé de Fritsh. — Fritsh est le premier chirurgien qui ait proposé de lier primitivement les artères utérines. Son procédé ne ressemble donc nullement à ceux des chirurgiens précédents et peut être mis dans une catégorie à part.

Dans le deuxième temps, en effet, la section du vagin ne porte

pas sur les culs-de-sac antérieur ou postérieur, mais sur les culs-de sac latéraux, par lesquels on peut atteindre facilement l'artère utérine qui vient décrire à ce niveau une courbe dont la convexité regarde le vagin. On dissèque attentivement jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur cette artère et on la lie.

Le reste de l'opération se continue ensuite comme dans les procédés de Billroth et de Demons. L'utérus est renversé en avant.

Procédé de Müller. — Ce procédé rentre dans la troisième division dont nous avons parlé au commencement de ce chapitre.

L'ouverture du cul-de-sac antérieur, la dissection de la vessie, l'ouverture de l'espace de Douglas, sont pratiquées à la manière ordinaire, mais les culs-de-sac latéraux sont laissés intacts. L'utérus renversé en arrière, deux solides fils sont noués à droite et à gauche par-dessus les ligaments larges et les culs-de-sac latéraux du vagin à titre de ligature provisoire. Cela fait, l'utérus est sectionné de haut en bas par le milieu et chaque pédicule est lié isolément. Sur les ligaments larges se trouvent donc déjà deux ligatures : entre les deux s'en placent deux autres isolées pour les parties supérieure et inférieure des ligaments larges. On sectionne ensuite les moignons utérins.

Ce qui différencie profondément cette méthode de toutes les autres, c'est d'abord la section verticale de l'utérus et ensuite le nombre des ligatures posées sur chacun des ligaments larges.

Quant à savoir si, l'opération terminée, la plaie du péritoine doit être laissée ouverte, on peut dire qu'actuellement les chirurgiens partagent tous le même avis sur ce point.

On se demandait en effet autrefois s'il ne valait pas mieux laisser ouverte cette plaie du péritoine, de manière à ce que les produits de putréfaction puissent s'écouler plus aisément et à ce qu'on pût aussi faire plus facilement les lavages antiseptiques. Tous les opérateurs placent maintenant un drain et font quelques points de suture sur les lèvres de la plaie.

Nous trouvons dans Hégar et Kaltenbach qu'au Congrès de Berlin de 1881 Mikulicz s'est prononcé d'une manière absolue, en s'appuyant sur la conduite suivie à la clinique de Billroth, contre la méthode qui consiste à laisser ouverte la plaie du péritoine, car l'écoulement des liquides ne se trouve nullement facilité.

Dans le pansement lui-même, les antiseptiques employés varient suivant les chirurgiens. L'acide phénique, l'acide borique, les solutions de sublimé au 6/1000, l'eau chlorurée affaiblie, ont été tour à tour vantés. L'iodoforme est actuellement en vogue, surtout en Allemagne; en France, les chirurgiens s'en servent aussi, mais peut-être plus modérément.

Ce qu'il importe avant tout, c'est d'obtenir la propreté la plus scrupuleuse, d'évacuer le plus complètement et le plus rapidement possible les matériaux qui doivent être rejetés; l'emploi d'un antiseptique de préférence à un autre, à notre avis, importe peu.

CHAPITRE III.

Des résultats de l'Opération.

Quel est le bilan de l'extirpation par la voie vaginale ? Nous avons dressé celui des années 1884-1885, que nous avons fait précéder des statistiques rapportées par Hégar et Kaltenbach, 1881, Schwartz, 1882, et Sänger, 1883.

Statistique rapportée par Hégar *et* Kaltenbach.

1881.

OPÉRATEURS.	NOMBRE des OPÉRATIONS.	GUÉRISONS	CAS DE MORT.	OPÉRATIONS INCOMPLÈTES.
Germy.....	1	1	»	»
Billroth.....	3	2	1	»
Scherde.....	2	»	2	»
Schroeder.....	7	6	1	»
Hofmeier.....	1	1	»	»
A Martin.....	11	6	2	3
Baum.....	4	2	2	»
Lane.....	1	1	»	»
Olshausen.....	2	2	»	»
Totaux.....	32	21	8	3

D'après ce tableau, nous voyons que sur vingt-neuf opérations complètes la mortalité est de 25 %.

Statistique de SCHWARTZ (*Revue de Chirurgie*).

1882.

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	MORTS	GUÉRIS	RÉCIDIVES	OBSERVATIONS
CZERNY (Wiener medizinische Wochenschrift, 1879).	1	»	R. 5 mois après.	On lia la vessie pendant l'opération.
BAUM (Centralblatt für Chirurgie, n° 44, 1880)	2	2	»	Une des opérées mourut d'hémorrhagie, l'opération était incomplète ; l'autre de collapsus, 18 heur. après l'opération.
PAULIK (Centralbl. für Chirurgie, n° 20, 1880).		1	»	»
MIKULICZ et WÖLLFLER (Billroth) (Wiener medizinische Wochenschrift, 1880-1881).	3	4	4 récidives rapides.	Les trois morts sont toutes dues à la péritonite.
BOMPIANI (Gaz. medic. di Roma, n° 6, 1881).	1	»	»	Mort par hémorrhagie dans les 24 heur.
NOVARO (Independ., n° 7, 1881).	1	»	»	Mort de collapsus après les 24 heures.
BOTTINI (Li Sperimentale, pag. 670, 1881).	»	2	»	»
AZZIO CASELLI (cité par BOMPIANI).	1	»	»	Rupture d'un abcès de l'ovaire dans le péritoine.
MARTIN (Congrès des chir. allem. Berlin, 1881).	6	6	»	Plusieurs opérations inachevées.
SCHROEDER (Zeitschrift für Geburtschilfe und Gynækologie, tom. VI, fasc. 2).	1	7	»	Observées très peu de temps après la guérison.
A reporter.....	16	22	»	»

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	MORTS	GUÉRIS	RÉCIDIVES	OBSERVATIONS.
Report	16	22	»	»
Olshausen (Berliner klinische Wochensch., nos 35, 36, 1881).	»	6	»	Observées très peu de temps après la guérison.
Müller (Centralblatt für Gynækologie, 25 février 1882).	1	»	»	Mort par hémorrhagie.
Kocher (Revue méd. de la Suisse romande, no 11, 1881).		1	1 récidive rapide.	»
Von Teuffel (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækol., 1881).	3	2	»	Trois morts de septicémie.
P.-S. Guarneri (Bottini) (Gazet. degli Ospit., no 13, 1882).	»	1	»	Guarneri fait observer l'absence de récidive dans les 3 cas jusqu'ici opérés par Bottini.
Lane (San Francisco Pacific med. and surg. Journ., April 1880).	»	1	»	C'était un cancer récidivant, on avait déjà enlevé le col ; pas de sutures du péritoine.
Mörike (Verhandlung der Gesellschafft für Geburtschilfe und Gynækologie. Berlin, 25 janvier 1881).	»	1	»	Pas de sutures du péritoine ; drainage du bassin. En voie de guérison.
Mac Cormac (Lancet, 14 janvier 1882).	»	1	»	En voie de guérison.
Total.... 55	20	35	»	»

En résumé, 55 cas d'opération par le vagin qui ont donné 20 morts, 35 guérisons. Les résultats pour 100 sont les suivants :

Mortalité. . . . . 36,3 %
Guérison. . . . . 63,7 %
Récidives. 11

Résumé de la statistique de SANGER.

1883.

	CAS.	GUÉRISONS.	MORTS.
Extirpation totale pour cancer de l'utérus.....	133	95 = 71,4 %	38 = 28,6 %
Extirpation pour prolapsus de l'utérus.....	6	4	2
Extirpation pour fibromes de l'utérus.....	4	4	0
TOTAL.....	143	103 = 72 %	40 = 28 %

Statistique des cas de cancer de l'utérus pendant les années

1884-1885.

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	NOMBRE DE CAS.	GUÉRISONS	CAS DE MORT.	OBSERVATIONS.
W. DUNCAN (Lancet, 26 janvier 1884, et Brit. med. Journ., février 1885).	3	2	1	Dans deux des cas, épithélioma du col. Dans l'autre, carcinome du corps. Mort 12 heures après l'opération.
Prof. LÉOPOLD (Communication à la Société gynécologiq. de Dresde. Centralb. für Gynæk., 7 février 1884).	2	»	2	Dans les deux cas carcinome du corps.
KUFFERATH (Journal de Médec. de Bruxelles, mai 1884).	1	1	»	Récidive un mois après l'opération. Le cancer avait eu son point de départ dans la muqueuse cervic.
Dr FORMAN (Lancet, 31 mai 1884).	1	1	»	Carcinome du corps.
A reporter.....	7	4	3	»

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	NOMBRE DE CAS.	GUÉRISONS.	CAS DE MORT.	OBSERVATIONS.
Report.....	7	4	3	»
LÉBEDEW (Yégen. klin. Gazèta, nos 7 à 11. Pétersb., 1884).	2	1	1	»
Prof. ZWEIFEL (Cent. für Gynæcologie, no 26, 28 juin 1884, pag. 402).	3	2	1	»
P. MÜLLER (Wien. med. Woch., no 8, 1884)	4	4	»	»
DEMONS (Soc. de Chir., 4 juin, 1884).	7	3	4	2 malades sans traces de récidive, l'une depuis 18 mois, l'autre depuis 6 mois. Deux ont récidivé au bout de quelq. mois. L'une opérée depuis 15 m. survit encore. L'autre est morte au bout d'un an. 3 autres mortes de péritonite dans les jours qui ont suivi l'opérat.
J. BŒCKEL (Société de Chir. 4 juin 1884).	1	1	»	Récidive 5 mois après l'opération.
Dr BAKER (Soc. gynécologique américaine, 2 octobre 1884).	6	6	»	Vivantes après 5 ans. Chez l'une le mal a reparu l'année dernière. Les 5 autres paraissent bien.
NOVARO (cité par CAPANOTES ; Annali di ostetricia, octobre 1884).	20	6	14	10 mortes après l'opération ; 4 morts de récidive rapide. Des 6 en vie, 3 ont récidivé ; 3 sont intactes.
J. WALLACE (Brit. med. Journ., 27 décembre 1884).	3	2	1	Dans les trois cas, épithélioma du col. Pas de drainage ; suture du péritoine.
A reporter.....	53	29	24	

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	NOMBRE DE CAS.	GUÉRISONS.	CAS DE MORT.	OBSERVATIONS.
Report.....	53	29	24	»
HEILBRUN et BOKELMAN (Centralblatt für gynæk., janvier 1885).	23	21	2	»
PURCELL (Lancet, 31 janvier 1885).	1	1	»	Carcinome du corps.
E. MÜLLER (Soc. Méd. de Strasb., févr. 1885).	1	1	»	Carcinome du col.
BOTTINI (Gaz. méd. ital. lomb., nº 9, 22 février 1885).	1	1	»	»
DUDON (Soc. de Chirurgie, mars 1885).	2	1	1	Dans un des cas épithélioma du col.
TILLAUX (Gazette des Hôpitaux, 6 juin 1885).	1	1	»	Épithélioma du col.
SCHRAMM (Comptes rendus de la Société de Gynéc. de Dresde, 16 avril 1885).	1	1	»	»
TRÉLAT (Société de Chir., 28 juillet 1885).	1	1	»	Épithélioma du col. Femme de 38 ans, ayant eu six enfants. Deux fausses couch.
PÉAN (Gaz. des Hôp., 2 juillet 1885.	3	2	1	Deux fois pour ablation de sarcomes; une fois pour épithél.
TERRIER (Société de Chir., 28 juillet 1885).	2	»	2	Dans un des cas, épithélioma atrophique. Mort le 7e jour d'hémorrhagie; dans le 2e de péritonite.
A reporter.....	89	59	30	

OPÉRATEURS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	NOMBRE DE CAS.	GUÉRISONS.	CAS DE MORT.	OBSERVATIONS.
Report.....	89	59	30	»
Düvelius (Deutsche med. Woch., n° 9, 1885)	4	4	»	Dans un des cas, adénome malin. Dans les 3 autres, carcinomes de la portion vaginale. Pour 3 des opérées pas de récidive dans les deux ans, un an et six mois. La quatrième a été atteinte de récidive dans les 5 mois, malgré une nouvelle opération.
Battlehner (Congr. des naturalistes et médecins allemands. Strasbourg, 1885).	9	8	1	Récidive au bout d'un an et demi dans quatre cas. Les quatre autres cas encore libres de récidive. L'un remonte déjà à deux ans. Morte de collapsus.
Fehling (Stuttgart) (même congrès).	3	3	»	»
Linkenheld (Centr. f. Gynæk., 12 oct. 1885)	5	5	»	»
Total.....	110	79	31	»

En résumé, 110 cas d'extirpation par le vagin qui ont donné 31 morts et 79 guérisons. Les résultats pour 100 sont les suivants :

Mortalité. . . . . 28 %.
Guérison. . . . . 72 %.

W. Duncan estime aussi qu'en 1885 la mortalité est de 28 %.

Quelle importance devons-nous attacher à ces diverses statistiques ?

On sait quelle est leur valeur en général et combien il est difficile de leur accorder une confiance absolue. Dans l'espèce, et sans crainte d'être taxé d'exagération, nous osons dire qu'il est presque impossible de se fier à elles.

Qu'entend-on en effet par le mot guérison ? Veut-on dire guérison opératoire ou guérison définitive ? Si l'on veut parler de guérison opératoire, ces divers bilans ont évidemment une valeur. Mais est-ce là le sens que nous devons attacher à ce mot, et serait-il bien nécessaire de consigner quelques succès chirurgicaux, alors que nous avons comme but unique celui d'atteindre une guérison complète ! Ce que les auteurs entendent par guérison dans ces diverses statistiques, ce n'est pas la guérison définitive. C'est qu'en réalité il n'y en a pas en effet, et la récidive est fatale. Les opérateurs voient bien les malades pendant quelques mois, puis ils les perdent de vue, et le plus souvent ils n'en consignent pas moins les cas à la colonne des guérisons, sans savoir si la récidive n'a pas eu lieu et si les malades n'ont pas déjà été enlevées. Comme le dit fort justement Schwartz, les observations ayant été publiées très rapidement après la date des opétions, il est impossible d'attacher une confiance trop absolue au petit nombre des récidives.

Que demandons-nous en effet, sinon de savoir si le mal est définitivement extirpé ou si au contraire nous devons nous attendre à le voir reparaître d'un moment à l'autre ? On ne peut pas nous répondre d'une façon catégorique, et, malgré les cas de Baker, par exemple, où la récidive ne s'est pas produite après cinq années et qui sont noyés dans la masse de ceux où le cancer s'est rapidement reformé, nous sommes en droit de dire que l'importance de ces statistiques est bien minime.

CHAPITRE IV.

Quelques réflexions sur la valeur de la Colpohystérectomie.

Nous venons d'exposer dans trois chapitres différents l'historique de cette opération, les divers procédés opératoires, et enfin les résultats obtenus. Tel est l'état actuel de la question. Mais nous pensons que nous ne devons pas seulement considérer cette opération au point de vue de la technique ou au point de vue de la statistique ; nous croyons qu'il y a lieu aussi d'envisager la question de principe, et que nous devons nous demander si la Colpohystérectomie a une valeur réelle ou si au contraire elle ne doit pas être rejetée.

Nous lui adresserons trois objections principales, que nous faisons reposer sur l'incertitude et la difficulté du diagnostic, sur les dangers de l'opération et la fatalité, on peut bien dire absolue, des récidives; sur ce qu'enfin il est possible de mettre en opposition l'extirpation partielle et l'extirpation totale, et de montrer qu'en réalité il n'y a d'efficace que la première. Nous parlerons ensuite du traitement palliatif.

INCERTITUDES ET DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC ANATOMIQUE.

Savoir d'une façon exacte le moment où il est légitime de tenter l'opération n'est point chose facile. S'il est possible en effet, dans une certaine mesure, de prendre une connaissance approximative de la lésion utérine, de son siège et de son étendue dans l'organe lui-même, il l'est moins de pouvoir dire si les parties profondes voisines sont indemnes ou non de tout travail pathologique. Or, il est de toute nécessité, avant de se livrer à

une opération de cette nature, de se rendre un compte exact de la situation. Il faut forcément essayer de savoir si, lorsqu'on aura extirpé l'utérus, on ne se trouvera pas en présence de lésions graves et étendues qui avaient passé inaperçues et qui quelquefois vous obligent à renoncer, séance tenante, à l'opération. Il y a là un inconnu sur lequel, dès le début, nous devons tenter de nous renseigner, et cela par tous les moyens mis à notre disposition.

Ces moyens sont souvent inefficaces. L'étude de la tumeur en elle-même, de son siège, ne nous permettra que de préjuger l'étendue du mal ; l'examen le plus minutieux des organes nous amènera à supposer seulement qu'ils sont encore seuls atteints.

Nous serons, par suite, toujours dans le doute ; jamais nous n'aurons une certitude absolue.

Certains chirurgiens admettent que le diagnostic du cancer en lui-même a bien perdu de son intérêt au point de vue pratique, et qu'il est indifférent de savoir si l'on a affaire à un carcinome ou à un épithéliome et quelle est la variété de ces deux espèces de tumeurs cancéreuses. Est-ce la variété encéphaloïde du carcinome, ou la forme pavimenteuse de l'épithéliome, ou bien sa forme cylindrique ? Se trouve-t-on en présence d'un épithélioma glandulaire ou d'une de ces formes de cancers et de sarcomes qui, après avoir débuté dans le corps de l'utérus, se propagent sur le col ; ou bien au contraire d'un cancroïde simple de la portion vaginale ou d'un de ces cancers et sarcomes du fond de l'utérus qui n'atteignent le col que lentement ? Pour ces chirurgiens, peu importe. Autant de questions cependant qui sont importantes à résoudre si, comme le veut Schrœder, la forme anatomique du néoplasme peut donner des informations très utiles pour l'appréciation des limites de la tumeur, et si l'on pense, avec Cornil et Ranvier, que, dans le cas d'épithéliome par exemple, les généralisations sont rares. Or, sans être de l'avis de Lucas-Championnière et Desprès, qui semblent devoir admettre qu'il est

permis de douter sur le diagnostic du cancer, alors qu'on a les pièces et préparations histologiques en mains, que sait-on ? On croit savoir que dans le cas de cancroïde de la portion vaginale du col (excroissance en choux-fleurs), qui est la forme la plus fréquente, si le cancroïde atteint d'abord la muqueuse vaginale, il envahit ensuite le tissu cellulaire du bassin, puis le tissu du col et enfin sa membrane muqueuse; et qu'au contraire, dans l'encéphaloïde primitif de la muqueuse du col, la progression est inverse. Les parois du col sont d'abord ulcérées, puis viennent celles du corps de l'utérus, et la lésion s'étend relativement tard au delà du museau de tanche, à la muqueuse du vagin et au tissu cellulaire pelvien.

La connaissance de la nature du néoplasme ne serait donc pas sans intérêt, comme nous le voyons. Cependant, même en admettant que l'histologie nous donne la connaissance la plus parfaite de la tumeur, en admettant que nous nous fassions l'idée la plus juste de son siège, en réalité pourrons-nous jamais affirmer d'une manière absolue qu'avec telle variété de cancer ayant tel siège, la lésion est restreinte et, dans telle autre, étendue ; que les paramètres sont sains et que le tissu cellulaire pelvien n'est pas déjà envahi ? Il sera permis de douter, puisque, comme le dit J. Bœckel (Soc. de Chirurgie, 4 juin 1884), à supposer que le col seul soit pris, que les paramètres eux-mêmes soient sains, même dans ces conditions il peut y avoir des ganglions non soupçonnés qui amèneront une récidive rapide.

Nous venons de parler de ce que nous voyons et de ce que nous touchons, des cas où il nous est possible d'apprécier comme il le faut, d'après Courty, si le col au-dessus de l'altération est indolent, souple et mou; que sera-ce donc lorsqu'au lieu d'avoir la lésion sous les yeux elle sera cachée, et lorsqu'au lieu de pouvoir en prendre une connaissance macroscopique et microscopique nous en serons réduits à faire des suppositions plus ou moins ingénieuses et plus ou moins exactes !

Lorsque nous aurons affaire, nous disent Freund et Schrœder, à une de ces formes de cancers et de sarcomes qui, après avoir débuté dans le corps de l'organe, se propagent sur le col, l'extirpation totale est indiquée ; mais elle est contre-indiquée dans les cas de cancers et de sarcomes du fond de l'utérus qui n'atteignent pas le col. Or, nous le demandons, très souvent n'est-on pas embarrassé pour établir d'une façon rigoureuse, cliniquement et histologiquement, le siège et la nature de ces néoplasmes? Nous croyons bien que le microscope peut donner souvent des éclaircissements, mais il faut bien avouer que nous n'osons pas toujours dire catégoriquement que la tumeur est bénigne ou qu'elle est maligne, même en nous en rapportant aux recherches de M. le professeur Rommelaëre (*Du diagnostic du cancer*, in *Annales de l'Université de Bruxelles*, tom. III, 1882) et en admettant qu'il existe des tumeurs à azoturie normale et à hypoazoturie. Nous ne pouvons pas non plus nous en rapporter aux symptômes, qui sont nuls, car, comme l'écrit Picqué, le travail de diffusion se fait rapidement et insidieusement sans qu'aucun symptôme apparent vienne en donner une certitude absolue.

Ainsi donc, difficulté très grande pour nous de savoir dès le début, d'une manière précise, d'après l'étude de la tumeur cancéreuse, si la lésion se trouve limitée ou si au contraire elle est déjà généralisée.

Nous dirons des autres moyens par lesquels nous essayons d'établir notre diagnostic, ce que nous disions des premiers : le plus souvent ils sont inefficaces.

Examiner attentivement la coloration des téguments, l'état des principaux viscères ; s'assurer par l'examen des urines du bon fonctionnement des reins et de la vessie ; ne pas confondre la paleur anémique avec la teinte cachectique, est certes indispensable ; mais ce qui l'est davantage, si c'est possible, c'est d'étudier les divers organes intra-pelviens.

La première condition est que l'utérus soit mobile. Mais, si

cette mobilité est conservée, devrons-nous en conclure que l'utérus seul est encore atteint ? Nous ne le pensons pas, car il est toujours possible que quelques ganglions aient déjà subi la dégénérescence cancéreuse sans qu'il se soit produit de la propagation du mal aucun retentissement du côté de l'utérus. Que dit le professeur Léopold (Communication à la Société gynécologique de Dresde, 7 février 1884) ? Que, même dans les cas d'utérus tout à fait mobile, il est possible de constater déjà une infiltration du tissu para-utérin. D'un autre côté, si l'utérus n'est plus mobile, devrons-nous en déduire que le bassin est déjà envahi ? Pas davantage, car il est possible qu'il soit immobilisé par de simples adhérences d'origine inflammatoire qui n'ont aucun rapport avec la lésion cancéreuse. Ainsi donc, de la mobilité ou de l'immobilité de l'organe, nous ne sommes pas absolument autorisé à conclure à la localisation de la tumeur. Il faut donc se ranger à l'avis de Marjolin (*Dict.* en 3 vol. *Cancer de l'Utérus*, pag 281), qui croit qu'il n'est pas possible d'établir un diagnostic anatomique précis et de savoir s'il y a déjà ou non des adhérences et quelle est leur étendue.

La seconde condition est que, par un examen bimanuel, en pratiquant le palper abdominal, le toucher vaginal et rectal, isolés ou combinés, nous ne découvrions aucune infiltration dans les ligaments larges, dans le vagin et dans les ligaments sacro-utérins; qu'en définitive nous sachions qu'il n'existe aucun commencement de travail pathologique dans l'intérieur du bassin. Or, dans ce cas, si nous procédons à l'examen le plus attentif, si nous pratiquons simultanément le toucher vaginal et rectal, puis si nous faisons abaisser l'utérus vers la vulve au moyen d'une pince, de manière à ce que les ligaments larges passent ainsi tout entiers entre nos deux mains, même avec toutes ces précautions nous ne pourrons jamais affirmer qu'en extirpant l'utérus nous enlèverons la tumeur tout entière, car il n'est pas toujours aussi facile que le veut le professeur Léo-

pold de constater que le tissu para-utérin est infiltré. Nous aurons pu, par exemple, ne pas sentir dans le tissu cellulaire du bassin quelques-unes de ces petites nodosités pressées les unes contre les autres comme des grains de chapelet, dont parlent Hégar et Kaltenbach, et qui indiquent déjà la généralisation du mal.

La mobilité de l'utérus, l'examen du bassin, ne nous donnent donc encore qu'une certitude relative qui, au lieu d'exciter notre audace chirurgicale, est bien faite pour nous arrêter dans la voie d'une intervention intempestive. Nous savons bien que certains chirurgiens, Bardenheuer entre autres, ont obtenu une grande partie de leurs bons résultats dans les cas difficiles où le cancer s'était déjà propagé sur le vagin ; mais bien rare est le nombre de ceux qui oseraient tenter une opération dans de semblables conditions. Il est vrai de dire que cet auteur pense qu'un jour viendra où on pourra extirper le rein du côté malade, ainsi que l'uretère, ou bien aboucher l'uretère dans le rectum.

En résumé, il nous est difficile d'obtenir une précision absolue dans le diagnostic complet du cancer de l'utérus. Nous approchons de la vérité, mais nous ne l'atteignons pas.

DANGERS DE L'OPÉRATION ET RÉCIDIVES.

L'opération par elle-même ne présente pas de difficultés insurmontables, et nous pensons, comme Demons, qu'il est souvent plus facile d'extirper un utérus mobile qu'un polype naso-pharyngien à prolongements multiples ou un goître suffocant. Comme le dit encore ce chirurgien, des médecins comme Récamier et Mandillon l'ont pratiquée avec succès, et elle n'a rien qui doive effrayer un chirurgien. Il est évident que lorsqu'on ne recule pas devant une résection des maxillaires ou de la hanche, une gastrotomie pour cancer de l'œsophage ou une colotomie pour cancer du rectum, on osera tenter une Colpohysté-

rectomie. Le manuel opératoire est connu, relativement simple, les divers temps bien indiqués. On s'aperçoit, à la vérité, qu'il n'est pas toujours facile d'attirer l'utérus en bas, de ne pas créer quelques lésions de voisinage, comme la perforation de la vessie ou des intestins, ou encore des uretères, ainsi que cela est arrivé à Bœckel, entre autres. Boully (Soc. de Chir., 4 juin 1884) a pu constater après des recherches sur dix cadavres de femmes, que l'abaissement de l'utérus était souvent très difficile, même sans lésions pathologiques de l'appareil génital. Mais les divers instruments que l'on a imaginés : tige à renflement de Récamier, pinces à érignes divergentes de Chassaignac, pince de Bernays, facilitent singulièrement le travail. Nous en dirons autant de la bascule de l'utérus, pour laquelle on peut se servir d'un levier en bois, comme Martin, ou d'une sonde d'homme, comme Fanger.

Le troisième temps est le plus difficile. Il est en effet de toute nécessité de bien lier les vaisseaux compris dans l'épaisseur des ligaments larges, pour qu'une fois sectionnés ils ne remontent pas dans le bassin et n'échappent ainsi à toute préhension. Nous savons bien que certains chirurgiens, comme Blundell, Sauter, Hennig, n'ont pas craint de ne pas lier ces vaisseaux et qu'ils n'ont pas eu de pertes de sang inquiétantes. Il y a là une hardiesse opératoire bien surprenante, même en admettant, comme le veulent Kochs et Doche, que l'artère utérine, après avoir décrit une courbe convexe du côté du vagin, et remontant le long des bords de l'utérus, s'en tienne éloignée d'un centimètre environ. Nous pensons qu'il est plus prudent et plus vrai à la fois d'admettre, comme nous l'a montré M. le professeur agrégé Chalot, que l'artère utérine est au contraire à l'état normal intimement accolée aux bords de l'utérus, le long desquels elle décrit ses nombreuses sinuosités. On pourra aussi suivre l'exemple de Bottini et d'Anderson, et sectionner les ligaments avec l'anse galvano-caustique et le thermocautère, ou encore se servir de

l'instrument de Cushing pour lier les artères utérines à leur passage au-dessus des culs-de-sac latéraux du vagin.

Si donc la lésion est bien limitée à l'utérus, si nous ne sommes pas forcés de suspendre l'opération, nous parviendrons évidemment à pratiquer l'extirpation totale d'une manière satisfaisante.

L'opération aura réussi ; mais les suites de cette opération, quelles seront-elles ? Bien souvent mortelles.

Lorsque nous pratiquons un de ces grands traumatismes, comme la résection des maxillaires par exemple, les complications sont certes fréquentes et des plus dangereuses ; mais peut-être le sont-elles encore moins que dans la Colpohystérectomie.

En présence d'une hémorrhagie, alors que nous avions cru assurer parfaitement l'hémostase, croit-on qu'il sera facile de placer une pince à forcipressure ou de lier le vaiseau, et faudra-t-il avoir recours à la compression directe, au tamponnement de la cavité du bassin, comme le veut Sauter, au risque de produire une phlegmasie intense ? Il est fort probable que notre malade succomberait rapidement, comme dans un cas rapporté par Terrier à la Société de Chirurgie du 25 juillet 1885, et dans lequel on trouva à l'autopsie un litre de sang dans la cavité abdominale, parce que la ligature du ligament latéral gauche avait cédé. Schrœder rapporte aussi un cas où une de ses opérées succomba trois heures après l'opération, à la suite d'une hémorrhagie interne provenant d'une déchirure du ligament large. Les morts par collapsus ne sont pas rares.

La septicémie est des plus fréquentes, et dans la plupart des cas, d'après Hégar et Kaltenbach, la mort semble devoir lui être attribuée. Rien d'étonnant en effet, alors qu'il est si difficile d'assurer l'évacuation au dehors des matériaux de putréfaction, que ces matériaux soient repris par les nombreux vaisseaux qui plongent béants dans la plaie.

La péritonite enlève une grande partie des malades, et, malgré

toutes les précautions antiseptiques, les diverses lésions que subit la séreuse pendant l'opération ne sont pas sans dangers. En prenant au hasard dans les statistiques, nous voyons que, dans quatre cas rapportés par Mikulicz, trois malades sont mortes par suite de péritonite. Caselli en mentionne aussi plusieurs cas, et bien d'autres chirurgiens la signalent comme une des complications les plus fréquentes et les plus graves. Nous devons indiquer aussi la phlegmatia alba dolens des membres inférieurs. Olshausen rapporte un cas dans lequel, vingt-quatre jours après une opération non suivie de réaction fébrile, la mort survint par embolie pulmonaire. Nous ne parlerons que pour mémoire des cas de mort par intoxication iodoformique, qui pourrait du reste tout aussi bien se produire dans d'autres opérations. On les trouve surtout en Allemagne, où les chirurgiens ne font pas seulement usage de l'iodoforme, mais abus.

On le voit, les dangers sont grands, et nous sommes poussé à partager l'avis de Bœckel, qui pense que l'opération radicale du cancer utérin ne présente pas des avantages qui compensent ses dangers.

Mais si encore, ces dangers disparus, la malade devait avoir la certitude que le mal ne reparaîtra plus jamais ou au moins de longtemps ! Or, il n'est pas totalement extirpé, il n'a disparu que pour un temps relativement court. Cette récidive est pour ainsi dire forcée, et quoique nous pensions, avec Trélat (Acad. de Méd., 21 juillet 1885), qu'on ne peut pas raisonner en passant d'un organe à un autre en fait de cancer, car les conditions d'évolution de cette maladie sont très différentes suivant les régions, il n'en est pas moins vrai que nous voyons se produire cette récidive dans la plupart des cas, pour ne pas dire la majorité. Nous ne pouvons même pas l'éviter en faisant l'opération de bonne heure et en raclant le tissu cellulaire pelvien, ainsi que l'a proposé récemment Linkenheld.

La récidive apparaît plus fréquemment dans les quatre ou

cinq mois qui suivent l'opération, et entraîne la mort au bout d'un an ou quatorze mois, dit Demons ; et plus loin il écrit : «On parle de récidives survenues après quatre semaines (Billroth) et après six semaines » (von Teuffel). On donnera, il est vrai, des statistiques plus réjouissantes, et nous trouvons encore dans Demons que Schrœder a examiné une femme bien portante vingt mois après l'opération, et Lomer, son assistant, deux femmes opérées au printemps de 1881 et qui dans l'hiver de 1882 ne présentaient pas de récidive. Dudon a constaté un état parfait de santé au bout de dix-huit mois ; Czerny, l'absence de récidive après un an et sept mois ; Martin, après un an et demi ; von Teuffel, après un an et demi ; Olshausen, après quinze mois ; Staude, après un an.

Ces statistiques sont certainement encourageantes ; mais quelle importance, comme nous le disions dans notre dernier chapitre, peuvent-elles avoir à nos yeux quand nous les mettons en parallèle avec celles où la récidive se produit rapidement ? Nous voudrions bien qu'on nous dise aussi si la malade n'aurait peut-être pas vécu tout aussi longtemps avec les moyens palliatifs, dont nous parlerons plus loin.

Même en admettant que les femmes souffrent beaucoup moins de leur cancer récidivé que de leur premier cancer, ce qui n'est pas toujours exact, car, dans le cas par exemple rapporté par Bœckel, la récidive eut lieu avec souffrances considérables ; en admettant aussi que les hémorrhagies soient moins fréquentes et moins graves, puisque nous savons que la récidive dans les cas de tumeurs cancéreuses est fatale, le plus souvent dans les six mois, nous pensons qu'il vaut mieux ne pas faire courir à la malade les chances d'une opération telle que la Colpohystérectomie, qui peut brusquement supprimer les quelques jours qui lui restent à vivre. La récidive survient toujours très rapidement, écrivent Hégar et Kaltenbach, et il ne semble pas que les femmes

opérées aient survécu plus longtemps que si la maladie avait été abandonnée à elle-même.

DE L'EXCISION DU COL.

« Pour justifier une extirpation totale, écrit Demons, l'utérus ne doit être atteint ni trop ni trop peu. » S'il l'est trop, en effet, l'opération est inutile, et, s'il l'est trop peu, nous pouvons en pratiquer une autre bien moins dangereuse qui consiste dans l'excision du col. Il y aurait donc à saisir le moment précis où l'extirpation totale est seule possible.

Le col est le plus souvent le siège primitif, le point de départ de la lésion carcinomateuse. Si nous pratiquons l'examen au début de la maladie et si nous pouvons constater que la tumeur est encore limitée à la place où elle a pris naissance, nous ne pouvons que pratiquer une extirpation partielle, qui est la seule opération présentant alors quelque efficacité. Et cependant ne serait-ce pas là le moment où l'extirpation totale aurait le plus de chances de succès, alors que les ligaments larges sont sains, que les ganglions intra-pelviens ne sont pas dégénérés et que les organes du bassin ne sont pas encore atteints !

D'un autre côté, si nous examinons la malade dans un temps plus ou moins éloigné du début de la lésion, quand l'organe est déjà tout entier envahi, pourrons-nous dire, avec toutes les incertitudes et les difficultés que nous avons vues exister dans le diagnostic, que l'utérus est maintenant à point pour une extirpation totale ? Nous savons le contraire.

En réalité, il n'y a donc d'efficace et de possible qu'une seule opération ; c'est, alors qu'il en est temps encore, une extirpation partielle, puisque l'extirpation totale, qui serait praticable à ce moment-là, doit être repoussée, et que, d'un autre côté, plus tard il nous est souvent très difficile d'estimer quand nous pouvons la pratiquer. Par suite, il n'y a pas lieu de s'inquiéter de savoir si

l'utérus n'est ni trop ni trop peu atteint, et nous sommes aussi en droit de dire que nous trouvons bien supérieure l'excision du col à l'extirpation de l'utérus.

La réponse suivante a été faite par Demons pour combattre cette opposition que l'on établit entre ces deux opérations et pour montrer qu'il n'y a pas de motifs pour estimer l'une supérieure à l'autre.

« Un sujet est atteint d'un épithélioma du dos de la main : on ampute l'avant-bras. Chez un autre malade, le cancroïde a gagné la région du coude : nous amputons le bras à la partie supérieure. Pourra-t-on avec justice comparer l'amputation de l'avant-bras et l'amputation du bras dans l'épithélioma du membre supérieur et proclamer la supériorité de la première au point de vue de la difficulté, de la gravité et des récidives ? »

Nous avouons ne pas très bien saisir le rapprochement que l'on peut faire entre un épithélioma siégeant sur le membre supérieur et un autre siégeant sur l'utérus. Lorsque le cancer est encore limité au dos de la main, nous ne pouvons qu'amputer l'avant-bras et nous n'avons pas à nous demander si une autre opération aurait à ce moment-là plus de chances de succès. En second lieu, lorsque nous nous décidons à amputer le bras à la partie supérieure, nous possédons une connaissance exacte de la situation, nous avons le mal sous les yeux et nous jugeons qu'il n'est pas possible d'agir autrement que nous allons le faire. Dans le cas d'extirpation de l'utérus, en est-il ainsi ? S'il était possible en effet d'affirmer, lorsqu'on tente cette opération, que l'organe seul est atteint, nous ne devrions pas hésiter et nous ne pourrions établir aucun point de comparaison entre l'excision du col et l'extirpation totale, puisqu'il nous serait démontré que l'une est seule encore possible quand l'autre ne l'est déjà plus. Or, c'est justement cette conviction qui nous manque et qui fait que nous ne pouvons pas dire que l'utérus n'est ni trop ni trop peu atteint, mais qu'il l'est suffisamment.

Il n'y a donc pas, suivant le moment, deux opérations efficaces ; il n'y en a qu'une, et nous pouvons dire que nous opposons l'excision du col à l'extirpation totale et que nous trouvons la première opération bien supérieure à la seconde.

DU TRAITEMENT PALLIATIF.

Nous venons de voir dans ces trois premiers paragraphes combien nous éprouvions de difficulté dans le diagnostic et quelle était la gravité de l'opération ; nous avons vu aussi que les récidives étaient presque fatales, et nous avons enfin montré comment l'excision seule du col utérin était praticable, parce que, une fois le corps de l'organe atteint par le cancer, l'utilité d'une intervention chirurgicale ne se faisait plus sentir.

Mais, lorsque nous aurons estimé que l'amputation du col ne peut plus avoir de résultats pratiques, devrons-nous regarder notre tâche comme terminée, et que ferons-nous? Le traitement palliatif peut présenter quelque efficacité, et c'est à lui, jugeons-nous, qu'on doit avoir recours. Nous pensons en effet, avec Verneuil (en France), Wim, Williams et Burton (en Angleterre), que le traitement radical des tumeurs cancéreuses ne donne pas une survie supérieure au traitement palliatif, aux pansements, qui rendent la vie supportable et permettent de prolonger six mois et plus l'existence des malades.

En quoi consiste donc ce traitement ? Nous estimons avoir quatre indications principales à remplir. En premier lieu, assurer autant qu'il est possible la propreté la plus parfaite et combattre la fétidité de l'écoulement. En deuxième lieu, lutter contre les hémorrhagies. En troisième lieu, combattre la douleur; et enfin, en quatrième lieu, soutenir les forces de la malade.

La première indication est souvent difficile à remplir, du moins complètement. Avec les lotions fréquentes, les lavages désinfectants à l'aide de solutions de permanganate de potasse,

d'acide phénique, salicylique ou thymique, que nous conseillerons, nous assurerons la propreté, mais nous ne ferons pas toujours disparaître la fétidité de l'écoulement. Si donc nous n'y parvenons pas par ces moyens, nous pensons qu'il sera bon d'avoir souvent recours aux applications de chlorure de zinc et de perchlorure de fer ou aux cautérisations de nitrate d'argent, qui modifient avantageusement les surfaces ulcérées. S'il est nécessaire et si nous croyons, en détruisant quelques énormes masses cancéreuses, amener le tarissement momentané de l'écoulement sanieux, nous pratiquerons, soit des cautérisations avec le thermo-cautère, soit des raclages avec la curette ; nous pourrons aussi avoir recours à la ligature élastique quand les masses seront pédiculisées, ou enfin nous emploierons l'écraseur linéaire, le bistouri et les ciseaux ou les flèches de Canquoin, en ayant bien soin de protéger les parties environnantes contre l'action du caustique par des bourdonnets d'ouate. Mais nous devrons nous souvenir que les tentatives opératoires trop accentuées impriment souvent une marche rapide aux tumeurs malignes de l'utérus, et par conséquent ne jamais pousser trop avant notre intervention chirurgicale.

La deuxième indication peut aussi comporter quelques opérations palliatives de la nature de celles que nous venons d'énumérer. Les cautérisations ou les ablations de certaines parties du néoplasme peuvent en effet être très utiles pour arrêter les hémorrhagies. Mais le plus souvent nous trouvons dans un traitement local moins énergique les moyens de remplir cette indication. Nous conseillerons donc les irrigations continues d'eau froide ou additionnée de perchlorure de fer. A l'intérieur, nous emploierons les préparations au perchlorure de fer, au ratanhia, au cachou. D'après Sinety (*Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes*), on ne devrait pas avoir recours à l'ergot de seigle, si utile dans les métrorrhagies dues à des corps fibreux et qui a ordinairement peu d'action sur celles qui dépen-

dent d'un cancer. Si l'hémorrhagie devenait trop inquiétante, nous pratiquerions le tamponnement.

Nous devons essayer, en troisième lieu, de combattre les douleurs insupportables que ressentent les malades et qui certainement contribuent dans une large mesure à hâter leur fin. Les moyens qui pourront nous servir localement, les pansement avec les suppositoires à l'iodoforme par exemple, avec des solutions d'hydrate de chloral, seront souvent inefficaces. Sinety ne conseille pas les douches d'acide carbonique et les pulvérisations de chloroforme, qui donnent de bons résultats dans certaines affections douloureuses des organes génitaux et non dans le cancer utérin. Les bains tièdes ou chauds, les larges cataplasmes làudanisés, seront quelquefois utiles.

Mais ce qui nous permettra de lutter le plus avantageusement contre les douleurs, ce sera l'emploi de la morphine en potion ou en injection hypodermique, en ayant bien soin de ne commencer que par des doses minimes afin de ne point habituer trop rapidement la malade à l'action de ce puissant médicament. Nous pourrons aussi avoir recours à l'éther, au chloral ; mais il sera nécessaire de se souvenir que tous ces moyens ne sont pas faits pour aider à la nutrition, qui s'accomplit si difficilement chez les malades atteintes de cancer.

Il nous sera souvent impossible de satisfaire à notre quatrième indication. Pour combattre les troubles digestifs et les vomissements, il sera utile de recourir à l'emploi de la glace, de l'eau de Vichy, du vin de Champagne frappé. Les aliments seront froids, et les malades devront manger peu à la fois, mais assez souvent. S'ils peuvent supporter le lait, la diète lactée est excellente, et on devra la leur conseiller. Nous ne devrons pas négliger non plus de combattre une constipation souvent opiniâtre, contre laquelle les lavements froids additionnés d'une ou deux cuillerées de glycérine ou d'huile de ricin seront souvent utiles. Pas de purgatifs, qui sont bien faits pour fatiguer les voies digestives déjà

en mauvais état. En définitive, nous aurons recours à tous les moyens propres à tonifier notre malade et à lui permettre de lutter le plus longtemps possible contre le mal qui la ronge.

En terminant, nous dirons qu'en pratiquant ces cautérisations, qu'en procédant aux raclages des fongosités, à des lavages antiseptiques fréquents ; qu'en combattant du mieux que nous le pourrons la douleur, les hémorrhagies ; qu'en ne manquant pas de nous adresser à l'état général et de soutenir les forces de la malade par tous les moyens à notre disposition, nous croirons avoir accompli tout ce qu'il est humainement possible de faire, et que nous aurons la conscience d'avoir rempli notre devoir tout entier. Nous pensons en effet encore comme Velpeau (*Méd. opér.*, tom. IV), Boyer et Lebert, et nous nous demandons comment on peut se résoudre à pratiquer une opération aussi redoutable que la Colpohystérectomie.

CONCLUSIONS.

Nous conclurons donc en disant que, vu l'incertitude et la difficulté du diagnostic, vu les dangers de l'opération, vu enfin la fatalité des récidives, nous regardons l'extirpation totale de l'utérus par le vagin comme ne présentant guère d'utilité pratique.

Nous estimons, en second lieu, que, dans les cas d'affections cancéreuses de l'utérus où l'extirpation partielle ne pourra plus être tentée, nous devrons avoir recours au traitement palliatif, qui nous permettra de soulager la malade pendant les quelques mois qui lui restent à vivre.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 Octobre 1885.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 Octobre 1885.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!